
(Nach- und Vorname)

(Matrikel-Nr.)

(Studiengang)

(Telefon-Nr.)

**An das
Prüfungssekretariat Geisteswissenschaften
Universitätsstr. 31**

93040 Regensburg

Antrag auf Anerkennung krankheitsbedingter Prüfungsunfähigkeit

Aufgrund des beigefügten ärztlichen Attestes (Original) beantrage ich die Anerkennung einer krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit für folgende Prüfung/en:

Lehrstuhl/Prüfer	Genauere Bezeichnung der Prüfung & Veranstaltungs-Nr.	Angemeldet im Modul (z.B. EDU-M 10)	Prüfungsdatum

Datum

Unterschrift